

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. Depresi

1. Definisi Depresi

Depresi merupakan kondisi emosional yang biasanya ditandai dengan kesedihan yang amat sangat, perasaan tidak berarti dan bersalah, menarik diri dari orang lain, tidak dapat tidur, kehilangan selera makan, hasrat seksual, dan minat serta kesenangan dalam aktivitas yang biasa dilakukan. Sebagaimana sebagian besar dari kita kadang-kadang mengalami kecemasan. Depresi sering kali berhubungan dengan berbagai masalah psikologis lain, seperti serangan panik, penyalahgunaan zat, disfungsi seksual, dan gangguan kepribadian (Davison dkk, 2006).

Memusatkan kepribadian menjadi hal yang sangat melelahkan bagi orang-orang yang mengalami depresi. Mereka tidak dapat dengan mudah memahami apa yang mereka baca dan apa yang dikatakan orang pada mereka. Setiap momen menjadi sangat berat dan kepala mereka terus dipenuhi dengan pikiran menyalahkan diri sendiri. Orang-orang yang depresi dapat mengabaikan kebersihan dan penampilan diri serta mengeluhkan berbagai simtom-somatik tanpa gangguan fisik yang jelas (Simon, dkk dalam Davidson, dkk, 2006:372). Sangat berkecil hati dan benar-benar tidak memiliki harapan serta inisiatif, mereka selalu merasa khawatir, cemas, dan pesimis hampir sepanjang waktu.

Rathus (1991 dalam Lumongga, 2009:13) menyatakan orang dengan depresi umumnya mengalami gangguan yang meliputi keadaan emosi, motivasi fungsional, serta kognisi. Menurut Atkinson (1991 dalam Lumongga, 2009:13) depresi sebagai suatu gangguan suasana hati yang dicirikan dengan tak ada harapan dan patah hati, ketidakberdayaan yang berlebihan, tak mampu mengambil keputusan untuk memulai suatu kegiatan, tidak mampu konsentrasi, tidak punya semangat hidup, selalu tegang, dan mencoba bunuh diri. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa depresi merupakan gangguan suasana hati yang ditandai oleh kemurungan dan kesedihan yang mendalam serta berkelanjutan sampai hilangnya kegairahan hidup dan rasa putus asa.

2. Gejala-gejala Depresi

a. Gejala fisik

Menurut beberapa ahli, gejala depresi yang kelihatan ini mempunyai rentangan dan variasi yang luas sesuai dengan berat ringannya depresi yang dialami. Namun secara garis besar ada beberapa gejala fisik umum yang relatif mudah dideteksi (Lumongga, 2009).

Adapun gejalanya adalah:

1. Gangguan pola tidur. Misalnya sulit tidur, terlalu banyak atau terlalu sedikit tidur.
2. Menurun tingkat aktivitas. Pada umumnya orang dengan depresi menunjukkan perilaku yang pasif, menyukai kegiatan yang tidak melibatkan orang lain.

3. Menurunnya efisiensi kerja. Penyebab jelas, orang yang terkena depresi akan sulit memfokuskan perhatian atau pikiran pada suatu hal, atau pekerjaan.
4. Menurunnya produktivitas kerja. Orang dengan depresi akan kehilangan sebagian atau seluruh motivasi kerjanya. Sebabnya, ia tidak lagi bisa menikmati dan merasakan kepuasan atas apa yang dilakukannya. Ia sudah kehilangan minat dan motivasi untuk melakukan kegiatannya seperti semula.
5. Mudah merasa letih dan sakit. Jelas saja, depresi merupakan perasaan negatif. Jika seseorang menyimpan perasaan negatif, maka jelas akan membuat letih karena membebani pikiran dan perasaannya.

b. Gejala Psikis

1. Kehilangan rasa percaya diri. Penyebabnya, orang yang dengan depresi cenderung memandang segala sesuatu dari sisi negatif, termasuk menilai diri sendiri.
2. Sensitif. Orang dengan depresi suka mengaitkan sesuatu dengan dirinya. Perasaannya sensitif sekali, sehingga sering peristiwa yang terjadi dipandang berbeda oleh mereka dan bahkan salah diartikan. Akibatnya mudah tersinggung, mudah marah, perasa, curiga akan maksud orang lain, mudah sedih, murung dan lebih suka menyendiri.
3. Merasa diri tidak berguna. Perasaan tidak berguna ini muncul karena mereka merasa menjadi orang yang gagal terutama di bidang atau lingkungan yang seharusnya mereka kuasai.

4. Perasaan bersalah. Perasaan bersalah terkadang timbul dalam pemikiran orang dengan depresi. Mereka memandang suatu kejadian yang menimpa dirinya sebagai suatu hukuman atau akibat dari kegagalan mereka menjalankan tanggung jawab yang dilaksanakan.
5. Perasaan terbebani. Banyak orang yang menyalahkan orang lain atas kesusuaan yang dialaminya. Mereka merasa terbebani berat karena merasa terlalu dibebani tanggung jawab yang berat.

c. Gejala Sosial

Masalah depresi yang berawal dari sendiri pada akhirnya mempengaruhi lingkungannya. Orang dengan depresi merasa tidak mampu bersikap terbuka dan secara aktif menjalin hubungan dengan lingkungan sekalipun ada kesempatan.

3. Teori Psikologi dan Biologi Tentang Depresi

a. Teori Kognitif Tentang Depresi

Teori kontemporer terpenting yang menganggap proses-proses berpikir sebagai faktor penyebab depresi adalah teori Aaron Beck (1967-1987 dalam Davison dkk, 2006:382). Pemikiran sentralnya adalah bahwa orang-orang yang depresi memiliki perasaan seperti demikian karena pemikiran mereka menyimpang dalam bentuk interpretasi negatif. Teori kognitif meyakini bahwa orang yang mengadopsi cara berpikir yang negatif ini memiliki risiko yang lebih besar untuk menjadi depresi bila dihadapkan pada pengalaman hidup yang menekan atau mengecewakan. Beck memandang konsep-konsep

negatif mengenai *self* dan dunia ini sebagai cetakan mental atau skema-skema kognitif yang diadopsi saat masa kanak-kanak atas dasar pengalaman-pengalaman belajar dimasa awal. Anak-anak dapat menemukan bahwa tiada satupun yang mereka lakukan yang yang cukup baik sehingga dapat menyenangkan orang tua atau guru-guru mereka. Sebagai hasilnya, mereka akan menganggap diri mereka sebagai orang yang pada dasarnya tidak kompeten dan memandang suram masa depan mereka. Keyakinan-keyakinan ini dapat akan membuat mereka menjadi lebih sensitif di kehidupan selanjutnya sehingga menginterpretasikan kegagalan atau kekecewaan apapun sebagai refleksi dari sesuatu yang pada dasarnya salah mengenai diri mereka sendiri. Kekecewaan kecil dan kegagalan pribadi menjadi “dibesar-besarkan melampaui proporsinya.” Bahkan suatu kekecewaan kecil dapat menjadi hampasan yang merusak atau kekalahan total, yang dapat menyebabkan depresi (Nevid, dkk. 2005).

Kecenderungan untuk membesar-besarkan pentingnya kegagalan kecil adalah suatu contoh dari suatu kesalahan dalam berpikir yang disebut Beck sebagai distorsi kognitif. Ia percaya bahwa distorsi kognitif membentuk tahapan-tahapan untuk depresi di saat menghadapi kehilangan personal atau peristiwa hidup yang negatif. Adapun segitiga kognitif dari depresi menurut Beck adalah sebagai berikut:

1. Pandangan negatif tentang diri sendiri, yaitu memandang diri sendiri sebagai individu yang tidak berharga, penuh kekurangan,

tidak dapat dicintai, dan kurang memiliki ketrampilan untuk mencapai kebahagiaan.

2. Pandangan negatif tentang lingkungan, yaitu memandang lingkungan sebagai memaksakan tuntutan yang berlebihan atau memberikan hambatan yang tidak mungkin diatasi, yang terus menerus menyebabkan kegagalan dan kehilangan.
3. Pandangan negatif tentang masa depan, yaitu memandang masa depan sebagai tidak ada harapan dan meyakini bahwa dirinya tidak punya kekuatan untuk mengubah hal-hal menjadi lebih baik. Harapan orang ini terhadap masa depan hanyalah kegagalan dan kesedihan yang berlanjut serta kesulitan yang tidak pernah usai.

b. Teori Psikoanalisa tentang Depresi

Menurut Freud (1917-1950) potensi depresi muncul pada awal masa kanak-kanak. Pada fase oral anak mungkin kurang atau terlalu terpenuhi kebutuhannya, sehingga ia terfiksasi pada fase ini mengakibatkan individu dependen, *low self esteem*. Hipotesanya adalah, setelah kehilangan orang yang dicintai, ia mengidentifikasi diri dengan orang tersebut seolah untuk mencegah kehilangan. Lama-lama ia malah marah pada dirinya sendiri, merasa bersalah. Teori ini merupakan dasar pandangan psikodinamika yang diterima secara luas menganggap depresi sebagai kemarahan yang terpendam yang balik menyerang diri sendiri (Davison dkk, 2006).

c. Teori Behavioral tentang Depresi

Teori belajar berasumsi bahwa depresi dihasilkan dari ketidakseimbangan antara *output* perilaku dan *input reinforcement* yang berasal dari lingkungan (Peter Lewinsohn, 1974 dalam Nevid dkk, 2005:243). Kurangnya penguat untuk usaha seseorang dapat menurunkan motivasi dan menyebabkan perasaan depresi.

d. Teori Humanistik-Eksistensial tentang Depresi

Teori eksistensial memfokuskan kehilangan harga diri sebagai penyebab depresi utama. Kehilangan harga diri dapat nyata atau simbolik, misal kehilangan kekuasaan, status sosial atau uang. Teori humanistik menekankan perbedaan self seseorang dengan keadaan yang nyata sebagai sumber depresi dan kecemasan. Menurut pandangan ini depresi terjadi jika perbedaan antara ideal self dan kenyataan terlalu besar (Nevid dkk, 2005)

e. Teori Biologi

Berdasarkan teori biologi ada dua penyebab yang mempengaruhi depresi, yaitu *genetic* dan perubahan pada neurokimia (Davison dkk, 2006). Adapun faktor neurokimia adalah sebagai berikut: Faktor *neurotransmitter*: Dari biogenik amin, *norepinefrin* dan *serotonin* merupakan dua *neurotransmitter* yang paling berperan dalam patofisiologi gangguan suasana hati. a) *Norepinefrin*: hubungan yang dinyatakan oleh penelitian ilmiah dasar antara turunnya regulasi reseptor *b-adrenergik* dan respon antidepresan secara klinis memungkinkan indikasi peran sistem *noradrenergik* dalam depresi.

Bukti-bukti lainnya yang juga melibatkan *presinaptik reseptor adrenergik* dalam depresi, sejak reseptor reseptor tersebut diaktifkan mengakibatkan penurunan jumlah *norepinefrin* yang dilepaskan. Presinaptik reseptor adrenergik juga berlokasi di neuron serotonergik dan mengatur jumlah serotonin yang dilepaskan, b) *Serotonin*: dengan diketahui banyaknya efek spesifik *serotonin re uptake inhibitor (SSRI)*, contoh; fluoxetin dalam pengobatan depresi, menjadikan serotonin neurotransmitter biogenik amin yang paling sering dihubungkan dengan depresi, c) *Dopamine*: walaupun *norepinefrin* dan *serotonin* adalah biogenik amin, *dopamine* juga sering berhubungan dengan patofisiologi depresi, d) Faktor neurokimia lainnya: GABA dan neuroaktif peptida (terutama *vasopressin* dan *opiate endogen*) telah dilibatkan dalam patofisiologi gangguan suasana hati. Faktor *neuroendokrin*: *Hypothalamus* adalah pusat regulasi *neuroendokrin* dan menerima rangsangan neuronal yang menggunakan *neurotransmitter biogenic amin*. Berbagai macam disregulasi endokrin dijumpai pada pasien gangguan suasana hati. Faktor *Neuroanatomi*: Beberapa peneliti menyatakan hipotesisnya, bahwa gangguan suasana hati melibatkan patologik dan sistem limbik, *ganglia basalis* dan *hypothalamus*.

Penyebab yang kedua yaitu *genetic*. Data genetik menyatakan bahwa faktor yang signifikan dalam perkembangan gangguan perubahan suasana hati, yaitu pada penelitian anak kembar tentang depresi, pada kembar *monozygot* sebesar 50 persen sedangkan pada kembar *dizygot* 10 – 15 persen.

Meskipun terdapat beberapa pendekatan tentang depresi, namun yang digunakan dalam penelitian ini adalah kajian depresi dengan pendekatan kognitif dari Aaron Beck, yang menyatakan bahwa depresi disebabkan oleh adanya distorsi kognitif atau pemikiran yang irasional.

4. Diagnosa dan *Screening* Depresi

Diagnosa dan derajat depresi menurut PPDGJ III (Maslim, 2001) adalah sebagai berikut:

- a. Selama paling sedikit dua minggu dan hampir tiap hari mengalami suasana perasaan (suasana hati) yang depresif, kehilangan minat, kegembiraan, dan berkurangnya energi yang menuju peningkatan keadaan mudah lelah dan menurunnya aktivitas.
- b. Keadaan tersebut paling sedikit dua minggu dan hampir tiap hari dialami, disertai berkurangnya konsentrasi dan perhatian, tidak berguna, pandangan masa depan suram dan pesimistik, gagasan membahayakan diri, tidur terganggu, penurunan nafsu makan. Periode berikutnya gejala lebih pendek dari dua minggu dapat dibenarkan jika gejala tersebut luar biasa beratnya dan berlangsung cepat.
- c. Gejala-gejala tersebut diatas menyebabkan hambatan psikososial seperti cacat psikososial.

Derajat beratnya depresi ditentukan sebagai berikut:

- a) Depresi ringan: harus ada dua gejala dari kelompok (1) dan disertai minimal dua gejala dari kelompok (2), hambatan psikososial ringan dari

kelompok (3), dan sedikit kesulitan dalam melanjutkan pekerjaan, hubungan sosial kegiatan harian).

b) Depresi sedang: harus ada dua gejala dari kelompok (1), disertai minimal tiga gejala dari kelompok (2), hambatan psikososial sedang dari kelompok (3) dan sedikit kesulitan dalam melanjutkan pekerjaan, hubungan sosial kegiatan harian.

c) Depresi Berat harus ada tiga gejala dari kelompok (1), disertai minimal empat gejala lainnya dan beberapa diantaranya harus berintensitas berat, sangat tidak mungkin mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf sangat terbatas.

Adapun alat yang digunakan untuk mengukur (skrining) depresi adalah BDI (*Beck Depression Inventory*). BDI merupakan skala depresi yang disusun oleh Aaron T Beck pada tahun 1960-an. Skala ini didasarkan pada teori kognitif dan depresi dari Beck. BDI tidak hanya menangkap perubahan dalam suasana hati, tetapi juga perubahan dalam motivasi, fungsi fisik, dan fitur kognitif dari penderita depresi. Beck mulai memperhatikan karakteristik "distorsi kognitif" yang terjadi pada depresi. Dalam pengamatan Beck, depresi atau perubahan suasana hati disebabkan oleh adanya gangguan berfikir.

Skala BDI merupakan skala pengukuran interval yang mengevaluasi 21 gejala depresi, 15 diantaranya menggambarkan emosi, 4 perubahan sikap, 6 gejala somatik. Setiap gejala dirangking dalam skala intensitas 4 poin dan nilainya ditambahkan untuk memberi total nilai dari

0 – 63, nilai yang lebih tinggi mewakili depresi yang lebih berat. Pertanyaan dalam skala tersebut diisi sendiri oleh responden.

B. Strategi *Coping*

1. *Coping*

Kata *coping* sendiri berasal dari kata *cope* yang dapat diartikan sebagai menghadapi, melawan, ataupun mengatasi. *Coping* adalah bagaimana orang berupaya mengatasi masalah atau menangani emosi yang umumnya negatif yang ditimbulkannya (Davison dkk, 2006).

Pengertian *coping* hampir sama dengan *adjustment* (penyesuaian). Bedanya, *adjustment* mengandung pengertian yang lebih luas jika dibandingkan dengan *coping*, yaitu semua reaksi terhadap tuntutan, baik yang berasal dari lingkungan maupun dari dalam diri seseorang. Sedangkan *coping* dikhususkan pada bagaimana seseorang mengatasi tuntutan yang menekan (Lazarus, 1976).

Sementara itu, Shin, dkk (1984 dalam Adami 2006:15) mengungkapkan bahwa *coping* adalah usaha untuk mengurangi stres dan tekanan perasaan. Tekanan tersebut bisa terjadi karena adanya hal-hal atau masalah-masalah yang tidak dapat terpecahkan. Pearlin dan Schooler (Taylor dkk, 2009) mengartikan *coping* sebagai bentuk perilaku individu untuk melindungi diri dari tekanan-tekanan psikologis yang ditimbulkan oleh problematika pengalaman hidup. *Coping* juga digambarkan sebagai cara seseorang mengatasi tuntutan-tuntutan yang biasa dirasakan menekan sehingga ia harus melakukan penyeimbangan dalam usaha untuk

menyesuaikan dirinya dengan lingkungan (Sarafino, 1990 dalam Adami, 2006: 15).

Sedangkan Keliat (1998 dalam Adami, 2006:16) mendefinisikan *coping* sebagai cara yang dilakukan oleh individu dalam menyelesaikan masalah, menyesuaikan diri dengan perubahan, dan merespon situasi yang mengancam. Upaya individu tersebut dapat berupa perubahan pola pikir (kognitif), perubahan perilaku (afeksi), atau perubahan lingkungan yang bertujuan untuk mengatasi stres yang dihadapi. Perilaku *coping* yang efektif akan menghasilkan adaptasi.

Baron & Byrne (2004) mengemukakan bahwa *coping* adalah respon terhadap stres, yaitu apa yang dilakukan oleh individu yang dirasakan dan dipikirkannya untuk mengontrol dan mengurangi efek negatif dari situasi yang dihadapi. Namun pada umumnya, para ahli mendefinisikan istilah *coping* dengan mengacu pada konsep Lazarus. Menurut Lazarus & Folkman (1984), *coping* merupakan usaha-usaha yang meliputi tindakan dan usaha-usaha intrafisik untuk mengatur tuntutan-tuntutan lingkungan maupun internal serta konflik-konflik yang dinilai dapat membebani atau melampaui potensi yang dimiliki oleh individu. Proses pengaturan tersebut meliputi usaha untuk menguasai, mengurangi, mentoleransi, dan meminimalkan tuntutan yang dihadapi oleh individu.

Berdasarkan uraian yang dikemukakan oleh para ahli di atas, maka dapat disimpulkan bahwa *coping* adalah usaha-usaha yang dilakukan oleh individu dalam menghadapi tuntutan, baik yang bersifat internal maupun eksternal yang membebani atau melampaui kemampuan yang dimiliki oleh

individu. Usaha-usaha tersebut meliputi bagaimana menguasai, mengurangi, mentoleransi, dan meminimalkan tuntutan yang ada.

Taylor (1995) mengungkapkan bahwa *coping* berfungsi untuk mempertahankan keseimbangan emosi, mempertahankan *self image* yang positif, mengurangi tekanan lingkungan atau menyesuaikan diri terhadap kejadian yang negatif, dan tetap menjaga interaksi dengan orang lain.

Sementara itu, Pearlin dan Schooler mengemukakan bahwa fungsi *coping* meliputi usaha untuk:

1. Menghilangkan atau mengubah situasi yang menyebabkan masalah.
2. Mengendalikan makna dari situasi yang dialami, sehingga situasi tersebut menjadi kurang bermasalah.
3. Menerima konsekuensi emosional dalam batas yang dapat diatur.

2. Strategi *Coping*

Strategi *coping* didefinisikan sebagai suatu proses tertentu yang disertai dengan suatu usaha dalam rangka merubah domain kognitif atau perilaku secara konstan untuk mengatur dan mengendalikan tuntutan dan tekanan eksternal maupun internal yang diprediksi akan dapat membebani dan melampaui kemampuan dan ketahanan individu yang bersangkutan (Lazarus dan Folkman, 1988).

Dari beberapa teori yang menjelaskan mengenai *coping*, salah satu teori yang paling populer mengenai strategi *coping* adalah teori yang dikemukakan oleh Lazarus dan Folkman. Menurut Lazarus dan Folkman

(1988) secara umum terdapat dua strategi *coping* yaitu *problem-focused coping* dan *emotional focused coping*.

a. *Problem-Focused Coping*

Merupakan salah satu bentuk *coping* yang lebih berorientasi pada pemecahan masalah (*problem solving*), meliputi usaha-udsaha untuk mengatur atau merubah kondisi objektif yang merupakan hambatan dalam penyesuaian diri atau melakukan sesuatu untuk merubah hambatan tersebut. *Problem focused coping* merupakan strategi yang bersifat eksternal. Dalam *problem focused coping* orientasi utamanya adalah mencari dan menghadapi pokok permasalahan dengan cara mempelajari strategi atau keterampilan-keterampilan baru dalam rangka mengurangi stressor yang dihadapi atau dirasakan.

b. *Emotion-Focused Coping*

Merupakan usaha-usaha untuk mengurangi atau mengatur emosi dengan cara menghindari untuk berhadapan langsung dengan *stressor*. *Emotional focused coping* merupakan strategi yang bersifat internal. Dalam *emotional focused coping*, terdapat kecenderungan untuk lebih memfokuskan diri dan melepaskan emosi yang berfokus pada kekecewaan ataupun distres yang dialami dalam rangka untuk melepaskan emosi atau perasaan tersebut. Carver, dkk (1989) menambahkan bahwa respon lain yang diyakini sebagai bagian dari EFC adalah ketidaksesuaian perilaku (*behavioral disengagement*). *Behavioral disengagement* merupakan upaya seseorang untuk

mengurangi stressor dengan cara menyerah pada situasi. *Behavioral disengagement* seringkali didistilahkan sebagai ketidakberdayaan (*helplessness*). Ketidakberdayaan ini akan diikuti oleh ketidaksesuaian mental (*mentaldisengagement*), individu dalam hal ini biasanya melakukan aktivitas yang tidak ada hubungannya dengan permasalahan yang sedang dihadapi, misalnya tidur seharian, menonton TV setiap saat dan lain sebagainya.

Carver, dkk. (1989) menambahkan bahwa bentuk strategi *coping* ada dua yaitu *adaptive coping* dan *maladaptive coping*. *Coping* juga diklasifikasikan menjadi *adaptive coping* dan *maladaptive coping*. *Adaptive coping* adalah *coping* efektif dalam mengatasi situasi yang membuat individu tertekan, sebaliknya *maladaptive coping* adalah *coping* tidak efektif. Adapun dimensi *adaptive coping* adalah *coping* aktif, penggunaan pertolongan, penyusunan positif, pengalihan diri, perencanaan, penerimaan, *coping* agama, dan humor. Sedangkan *maladaptive coping* terdiri dari penolakan, penggunaan zat, penggunaan dukungan emosional, ketidakberdayaan, pelepasan dan menyalahkan diri sendiri (Carver dkk, 1989).

Strategi *coping* dapat juga diukur dengan skala *cope* atau *cope inventory* (Davison dkk, 2006). *Cope inventory* diterbitkan pada tahun 1989 oleh Charles S. Carver, Michel Scheier dan Jagdish Weintraub. Skala ini disusun untuk menilai respon *coping*. *Cope inventory* ini disusun berlandaskan teori tentang *coping* dari Lazarus dan Folkman. Skala ini terdiri dari beberapa indikator yang tergolong dalam *adaptive coping* dan

maladaptive coping. Adapun indikatornya adalah sebagai berikut, pengalihan yaitu perubahan sasaran ketakutan atau kecemasan kepada aktivitas yang lebih positif. *Coping* aktif dicirikan dengan pemecahan masalah. Penolakan yaitu menolak kenyataan atau mengingkari kenyataan yang terjadi. Penggunaan zat yaitu perubahan sasaran kecemasan dengan menggunakan zat atau obat-obatan seperti alkohol dan obat-obatan terlarang. Penggunaan dukungan emosional yaitu mencari dukungan secara emosional seperti kenyamanan dan penerimaan dari orang lain. Mencari pertolongan yaitu meminta bantuan kepada orang lain dalam mengatasi situasi yang menekan. Ketidakberdayaan yaitu upaya individu untuk mengurangi situasi tertekan dengan cara menyerah pada situasi. Pelepasan yaitu pelampiasan emosi negatif. Penyusunan positif yaitu berpikir positif terhadap situasi yang membuat individu tertekan. Perencanaan yaitu mengatur strategi untuk mengatasi situasi yang menekan. Humor yaitu mengatasi situasi tertekan dengan menceritakan hal-hal yang lucu. Penerimaan yaitu menerima keadaan atau situasi yang membuat individu tertekan. *Coping* agama yaitu kecenderungan individu untuk melibatkan unsur-unsur agama dalam mengatasi situasi yang menekan. Menyalahkan diri sendiri adalah melampiaskan kesalahan kepada diri individu sendiri atas situasi yang membuat individu tertekan (Carver dkk, 1989).

Dalam menentukan dan melakukan strategi *coping* untuk mengatasi dan menghadapi masalah, tiap-tiap individu memiliki cara yang berbeda-beda tergantung dari situasi dan kondisi yang dihadapi. Seberapa jauh tingkat keberhasilan yang didapat dari strategi *coping* yang dilakukan juga tergantung dari individu, situasi dan kondisinya masing-masing. Dari berbagai situasi dan kondisi tersebut para ahli mencoba menemukan benang merah yang dinyatakan sebagai faktor yang mempengaruhi *coping*. Taylor (1995) menyatakan faktor yang mempengaruhi *coping* yang dilakukan individu lebih berasal dari dukungan orang-orang di sekitar individu, seperti misalnya saudara, orang tua, suami atau istri, anak, teman atau menggunakan jasa tenaga profesional seperti psikolog yang dapat membantu individu dalam melakukan *coping* yang tepat, dalam usaha menghadapi dan memecahkan masalah yang dihadapi.

Carver, dkk (1989) mengatakan bahwa strategi *coping* juga dipengaruhi oleh kepribadian. Tipe A dengan ciri-ciri ambisius, kritis terhadap diri sendiri, tidak sabaran, melakukan pekerjaan yang berbeda dalam waktu yang sama, mudah marah dan agresif, akan cenderung menggunakan strategi *coping* yang berorientasi emosi (EFC). Sebaliknya seseorang dalam kepribadian Tipe B, dengan ciri-ciri suka rileks, tidak terburu-buru, tidak mudah terpancing untuk marah, berbicara dan bersikap dengan tenang, serta lebih suka untuk memperluas pengalaman hidup, cenderung menggunakan strategi *coping* yang berorientasi pada masalah (PFC).

Menurut Parker (1986 dalam Kertamuda dan Herdiansyah, 2007), ketika seseorang melakukan strategi *coping*, ada tiga faktor yang mempengaruhinya. Ketiga hal tersebut adalah: (1) karakteristik situasional;

(2) faktor lingkungan fisik dan psikososial; (3) faktor personal atau perbedaan individu yang mempengaruhi manifestasi *coping* antara lain jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, status sosial ekonomi, persepsi terhadap stimulus yang dihadapi dan tingkat perkembangan kognitif individu.

Berdasarkan beberapa teori di atas, dapat disimpulkan mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi *coping* yang dilakukan individu adalah adanya dukungan sosial disertai adanya lingkungan yang mendukung, baik faktor lingkungan fisik maupun psikososial, usia, tingkat pendidikan, status sosial ekonomi, persepsi terhadap stimulus yang dihadapi, tingkat perkembangan kognitif, kepribadian, kebudayaan, kesenangan, dan tingkat usia individu.

C. *Diabetes Mellitus*

Diabetes mellitus adalah istilah kedokteran untuk sebuah penyakit yang di Indonesia dikenal dengan penyakit gula atau kencing manis. Istilah ini berasal dari bahasa Yunani. *Diabetes* artinya mengalir terus, *mellitus* berarti madu atau manis. Jadi, istilah ini menunjukkan tentang keadaan tubuh penderita, yaitu adanya cairan manis yang mengalir terus (Dalimartha, 2007).

Diabetes mellitus merupakan sekumpulan gejala yang timbul pada seseorang, ditandai dengan kadar glukosa darah yang melebihi nilai normal (*hiperglikemia*) akibat tubuh kekurangan insulin baik *absolute* maupun *relative*. Penyakit ini bersifat menahun alias kronis. Penderitanya dari semua lapisan umur serta tidak membedakan orang kaya maupun orang miskin (Dalimartha, 2007).

Penyakit *diabetes mellitus* yang sering juga disingkat dengan DM ini bisa timbul secara mendadak pada anak-anak dan orang dewasa muda. Pada orang yang telah berumur, penyakit ini sering muncul tanpa gejala dan kerap baru diketahui bila yang bersangkutan melakukan pemeriksaan kesehatan rutin (Dalimartha, 2007).

Adapun gejala umum *diabetes mellitus* menurut Billous, 2002 adalah sebagai berikut:

- a. Haus
- b. Dehidrasi
- c. Urin dalam jumlah yang banyak
- d. Infeksi saluran kencing dan sariawan
- e. Penurunan berat badan
- f. Badan lelah dan lemas serta gatal-gatal
- g. Penglihatan kabur akibat dehidrasi

Apabila penyakit ini dibiarkan tidak terkendali atau penderita tidak menyadari penyakitnya maka bertahun-tahun kemudian akan timbul berbagai komplikasi kronis yang berakibat fatal. Penyakit jantung, terganggunya fungsi ginjal, kebutaan, pembusukan kaki yang kadang memerlukan amputasi, atau timbulnya impotensi yang sangat merisaukan adalah beberapa kemungkinan komplikasi tersebut (Dalimartha, 2007).

Adapun klasifikasi *diabetes mellitus* yang dianjurkan untuk dipakai adalah yang sesuai dengan klasifikasi dan diagnosis menurut WHO tahun 1985 menjadi dua kelas yaitu kelas klinis dan kelas resiko *statistic*. Semua orang dengan toleransi glukosa yang normal tetapi mempunyai resiko yang lebih besar untuk

mengidap *diabetes mellitus*, yang termasuk dalam kelas ini antara lain adalah toleransi glukosa pernah abnormal, kedua orang tua mengidap *diabetes mellitus* dan pernah melahirkan bayi dengan berat badan diatas empat kilogram. Sedangkan untuk kelas klinis dibedakan menjadi *diabetes mellitus*, gangguan toleransi glukosa, dan diabetes pada kehamilan. Kelompok DM tipe I adalah penderita penyakit *diabetes mellitus* yang sangat tergantung pada suntikan insulin. Kebanyakan penderitanya masih muda dan tidak gemuk. Gejala biasanya timbul pada masa kanak-kanak dan puncaknya pada usia pada akil balig. Begitu penyakitnya terdiagnosa, penderita langsung memerlukan suntikan insulin karena pancreasnya sangat sedikit atau sama sekali tidak membentuk insulin. Umumnya penyakit berkembang ke arah *ketoacidosis diabetic* yang menyebabkan kematian (Dalimartha, 2007).

Kelompok *diabetes mellitus* tipe II tidak bergantung pada insulin. Kebanyakan timbul pada usia 40 tahun. Penderita *diabetes mellitus* tipe inilah yang terbanyak di Indonesia, konon mencapai lebih 90 persen dan umumnya disertai dengan kegemukan. Pengobatannya diutamakan dengan perencanaan makanana yang baik dan latihan jasmani secara teratur. Penkreas masih relatif cukup menghasilkan insulin, tetapi insulin yang bekerja kurang sempurna karena adanya resistensi insulin akibat kegemukan. Dengan menurunkan berat badan, penyakit dapat terkendali. Di kemudian hari, obat oral *hipoglikemik* dan suntikan insulin kadang menjadi kebutuhan. Pada pasien diabetes mellitus tipe II yang tidak gemuk, insulin yang dihasilkan memang kurang mencukupi untuk mempertahankan kadar glukosa darah dalam batas-batas normal. Untuk itu, selain

memerlukan perencanaan makanan dan latihan jasmani mereka memerlukan obat hipoglikemik (Dalimartha, 2007).

Diabetes mellitus yang terkait malnutrisi biasanya terdapat di negara berkembang pada daerah tropis dan berkaitan dengan kekurangan makan (malnutrisi) dan tidak kedapatan adanya ketosis. Adapun *diabetes mellitus* tipe lain adalah tipe yang berhubungan dengan keadaan atau sindrom tertentu seperti penyakit pancreas, penyakit hormonal, obat-obatan bahan atau kimia lain, kelainan insulian atau reseptornya dan sindrom genetik tertentu. *Diabetes mellitus* pada kehamilan adalah penyakit *diabetes mellitus* yang timbul selama kehamilan. Sebelumnya, kadar glukosa selalu normal. Dampak dari diabetes kehamilan ini adalah pada janin dan ibu dari janin itu sendiri (Dalimartha, 2007).

D. Kajian Islam Strategi *Coping*, Depresi, dan *Diabetes Melitus*

Dalam Islam, kesehatan merupakan suatu nikmat dari Allah SWT yang sangat berharga, tiada tara nilainya dan tiada seorangpun menginginkan dirinya dalam keadaan sakit atau menderita penyakit. Dalam keadaan sakit seseorang selain mengeluhkan penderitaan fisiknya juga biasanya disertai gangguan-guncangan jiwa dengan gejala ringan seperti stres. Gangguan psikis lainnya yang sering dialami oleh orang sakit adalah rasa putus asa, terutama bagi penderita yang kronis dan susah sembuh. Tipisnya aqidah (keimanan) kemudian akan menyebabkan muncul keinginan pada diri orang sakit untuk mengakhiri hidup dengan jalan yang tidak diridhai Allah SWT. Putus asa merupakan salah satu gejala depresi. Selain itu, gejala depresi juga ditandai dengan rasa sedih, Abdul (2007) menyebutkan bahwa dalam bahasa Arab terdapat sejumlah kata yang

mengandung makna-makna sedih ini. Di antaranya, *huzn*, *iktiyab*, *jaz'*, *faz'*. Semua kata ini mengandung makna sedih sekalipun bervariasi tingkat berat dan ringannya. *Huzn* berarti kesedihan, *iktiyab* berarti kesedihan yang berat dan mendalam, dan *jaz'* sedih berkeluh kesah. Sedih selalu ditandai dengan menangis dan senang dengan tertawa. Kata *huzn* dan kata jadiannya banyak digunakan dalam Al-quran. Kata *huzn* setidaknya digunakan dalam al-quran 42 kali. Misalnya dalam surat al - Baqarah ayat 38 :

قُلْنَا أَهْبِطُوا مِنْهَا جَمِيعًا فَإِمَّا يَأْتِيَنَّكُمْ مِنِّي هُدًى فَمَنْ تَبِعَ هُدَايَ فَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ ﴿٣٨﴾

Artinya:

“Maka barangsiapa yang mengikuti petunjuk-Ku maka tidak ada atas mereka ketakutan dan tidaklah mereka bersedih”. (Al-quran terjemahan, 2002).

Al - A'raf ayat 35:

يَبَيِّنُ عَادَمَ إِمَّا يَأْتِيَنَّكُمْ رُسُلٌ مِّنْكُمْ يَقُصُّونَ عَلَيْكُمْ عَايَاتِي ۖ فَمَنْ أَتَّقَىٰ وَأَصْلَحَ فَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ ﴿٣٥﴾

Artinya:

“Maka barangsiapa yang bertakwa dan berbuat baik, maka tidak ada ketakutan atas mereka dan tidaklah mereka bersedih”. (Al-quran terjemahan, 2002).

Ali Imran ayat 139:

وَلَا تَهِنُوا وَلَا تَحْزَنُوا وَأَنْتُمْ الْأَعْلَوْنَ إِنْ كُنْتُمْ مُّؤْمِنِينَ ﴿١٣٩﴾

Artinya:

“Dan janganlah kamu merasa rendah dan jangan merasa sedih dan kamu adalah orang-orang yang paling tinggi (mulia) jika kamu beriman.” (Al-quran terjemahan, 2002).

Ketika sejumlah sahabat datang kepada Rasul ingin berangkat jihad, mereka bersedih tidak jadi berangkat jihad karena tidak memiliki harta yang akan mereka belanjakan. Kesedihan mereka ini disebutkan dalam surat At - Taubah ayat 92:

وَلَا عَلَى الَّذِينَ إِذَا مَا أَتَوْكَ لِتَحْمِلَهُمْ قُلْتَ لَا
أَجِدُ مَا أَحْمِلُكُمْ عَلَيْهِ تَوَلَّوْا وَأَعْيُنُهُمْ تَفِيضُ مِنَ الدَّمْعِ حَزَنًا أَلَّا
يَجِدُوا مَا يُنْفِقُونَ ﴿٩٢﴾

Artinya:

“Dan tiada (pula dosa) atas orang-orang yang apabila mereka datang kepadamu supaya engkau memberi mereka kenderaan, lalu engkau berkata, “Aku tidak memperoleh kenderaan untuk membawa kamu,” lalu mereka kembali sedang mereka bercucuran air mata karena kesedihan sebab tidak memperoleh apa yang akan mereka nafkahkan.” (Al-quran terjemahan, 2002).

Beberapa cara yang disebutkan dalam al-quran untuk mengatasi kesedihan menunjukkan proses *coping*, seperti mendekatkan diri kepada Allah serta berpasrah kepada Allah, kedua hal tersebut menunjukkan bentuk *coping* agama. Selain itu, dalam Islam juga terdapat berbagai cara yang dapat membantu proses penyembuhan penyakit. Seperti puasa di bulan Ramadhan yang membantu dalam pengontrolan gula pada penderita diabetes. Penelitian yang dilakukan oleh Qureshi (2002) terhadap penderita diabetes, mengatakan bahwa pasien yang berpuasa dapat menurunkan kadar gula dalam darah. Selain itu, melakukan sholat terawih juga sebagai bentuk olah raga yang tepat bagi mereka dengan *diabetes*

mellitus di bulan Ramadhan. Adapun beberapa aktifitas lainnya adalah berdiam diri dalam mesjid atau *i'tikaf* yang mengandung aspek meditasi yang dapat memberikan efek relaksasi dan menenangkan pikiran. Selain itu, ketika melaksanakan terawih setiap orang saling bertemu dan dalam kesempatan ini pula bagi mereka penderita diabetes dapat meminta nasehat kepada teman-teman dan menceritakan keluhannya sehingga dapat meringankan beban pikiran. Hal yang paling penting adalah para penderita *diabetes mellitus* cenderung mendekatkan diri kepada Allah dan meyakinkan dirinya bahwa Allah akan memberikan kesembuhan bagi mereka.

E. Pengaruh Strategi *Coping* Terhadap Tingkat Depresi Pada Penderita *Diabetes Mellitus*

Seseorang yang mengalami *diabetes mellitus* mengalami perubahan besar dalam dalam hidupnya. Seseorang yang menderita penyakit *diabetes mellitus* memerlukan banyak sekali penyesuaian di dalam hidupnya, sehingga penyakit *diabetes melitus* ini tidak hanya berpengaruh secara fisik, namun juga berpengaruh secara psikologis pada penderita. Saat seseorang di diagnosis menderita *diabetes melitus* maka respon emosional yang biasanya muncul yaitu penolakan, kecemasan dan depresi, tidak jauh berbeda dengan penyakit kronis lain (Taylor, 1995).

Alexander dan Seyle (dalam Davison, dkk, 2006:274) mengatakan konflik psikologis, kecemasan, depresi, dan stres dapat menyebabkan semakin memburuknya kondisi kesehatan atau penyakit yang diderita oleh seseorang. Penderita diabetes melitus jika mengalami depresi, akan mempengaruhi proses

kesembuhan dan menghambat kemampuan aktivitas kehidupan sehari-hari. Pasien diabetes yang mengalami depresi memiliki kontrol gula darah yang buruk dan meningkatnya gejala-gejala penyakit (Lustman dalam Rustiani, 2009:54). Kemungkinan mengalami depresi antara individu dengan diabetes tipe 1 dan 2, dua kali lipat lebih tinggi dari pada individu yang bukan penderita diabetes, dan 33% penderita diabetes diperkirakan mengalami gejala depresi parah dan dibutuhkan pengobatan yang rutin (Rilley dkk, 2009).

Strategi *coping* akan muncul atau dilakukan ketika ada tuntutan yang dirasa oleh penderita menantang atau membebani (Lazarus dan Folkman, 1984), yang tujuannya adalah untuk menyesuaikan diri terhadap tuntutan atau tekanan baik dari dalam maupun dari luar. Menurut Rosenberg dkk, 1987 dalam penelitiannya tentang perilaku *coping* pada pasien rawat inap yang depresi dengan yang tidak depresi ditemukan bahwa adanya perbedaan pemilihan strategi *coping*, pasien rawat inap dengan depresi cenderung menggunakan *avoidant coping*, sedangkan pasien yang tidak depresi cenderung menggunakan *coping aktif*. Selain itu penelitian yang dilakukan oleh Allman dkk, 2009 ditemukan bahwa pasien dengan yang menggunakan *maladaptive coping* seperti menyalahkan diri sendiri, ketidak berdayaaan, dan pelepasan cenderung mengalami depresi dibandingkan mereka yang menggunakan *adaptive coping* seperti *coping* aktif.

Dengan kata lain, penderita *diabetes mellitus* harus memilih strategi *coping* yang tepat ketika ia dituntut dengan perubahan yang terjadi dalam hidup.

F. Hipotesis

Hipotesis yang diajukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Ada pengaruh negatif *adaptive coping* terhadap tingkat depresi pada penderita *diabetes mellitus*.
2. Ada pengaruh positif *maladaptive coping* terhadap tingkat depresi pada penderita *diabetes mellitus*.

